Modulo 18

**DICHARAZIONE ORARI APERTURA FARMACIA E GIORNO DI RIPOSO**

Il/la sottoscritto/a

in qualità di

* titolare
* legale rappresentante
* direttore tecnico

|  |  |
| --- | --- |
| della farmacia | |
| sede farmaceutica n. | del comune di |
| Posta elettronica ordinaria (PEO) | |
| Posta elettronica certificata (PEC) | |

con riferimento all’art. 90 della L.R. 33/2009 *(…“L'orario minimo di apertura è stabilito in quaranta ore settimanali equamente distribuite su cinque giorni”…).*

COMUNICA

che gli orari previsti di apertura della farmacia sono i seguenti:

|  |
| --- |
| Lunedì: |
| Martedì: |
| Mercoledì: |
| Giovedì: |
| Venerdì: |
| Sabato: |
|  |
| il giorno di riposo (facoltativo) è il seguente: |

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_